

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

ADAPTACIÓN DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**“SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ORIGEN NO ANATÓMICO EN MUJERES EN
EDADES ENTRE 15 A 50 AÑOS”.**

AUTORES

GABRIELA PAOLA ZURITA ROSERO

EDWIN RAÚL BRAVO MENDOZA

DIRECTOR:

DR. FRANCISCO TORRES M.

DIRECTOR METODOLÓGICO:

M.Sc. PATRICIA ORTIZ

QUITO, ABRIL 2017

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestros directores de tesis tanto metodológica Master Ortiz, como científico Dr. Torres, por su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, orientaciones, recomendaciones, paciencia, persistencia, motivación, fueron parte muy importante para la culminación de este trabajo de investigación.

El desarrollo de este trabajo se los debemos a Ustedes, el resultado ha sido espectacular para lograr esta nueva meta, nuestra especialización.

Que Dios los bendiga.

Eternamente agradecidos.

Paola Zurita

Edwin Bravo

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo siempre guiarme por el buen camino, darme fortaleza cuando más lo necesitaba, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres Julio y Ana, quienes me han inculcado siempre los mejores valores, por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por su sacrificio y esfuerzo porque nunca me dejaron sola en ninguna etapa de mi vida, por ser ejemplo de lucha y dedicación, no sería nada sin Ustedes.

A mis hermanos Geovanna y Diego que estuvieron conmigo siempre y nunca permitieron que los momentos de tristeza superen los de felicidad.

A mi compañero de vida a mi esposo Fernando este esfuerzo no hubiera sido posible sin su compañía constante, sus palabras de aliento, sus abrazos sinceros en los momentos más difíciles, su apoyo incondicional fue fundamental para culminar con este sueño.

A mi hijo Nicolás por su fortaleza, por soportar la distancia por tanto tiempo y siempre tener una sonrisa para que no decaiga cuando sentía que no podía continuar. Hijo mío este triunfo es tuyo; y a mi hijo que está en camino por acompañarme desde mi interior en todo este proceso final, todo el sacrificio es para Ustedes. Los Amo.

GABRIELA PAOLA ZURITA ROSERO

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí, es por ellos quien soy lo que soy, los amo con mi vida.

También dedico este proyecto a Katty mi amada esposa, compañera y sobretodo amiga, que siempre ha creído en mí y me ha brindado su amor en los buenos y malos momentos.

A mi hija Amelia, mi gran motivación, me impulsas cada día a superarme en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor.

EDWIN RAÚL BRAVO MENDOZA

CONTENIDO

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
4.1 <i>Formulación de la pregunta clínica estructurada</i>	6
5. OBJETIVOS	6
5.1 <i>Objetivo General</i>	6
5.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</i>	6
6. BASES METODOLÓGICAS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN.....	6
6.1 <i>Formulación de las preguntas clínicas de la GPC</i>	7
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	7
7.1 <i>Criterios de inclusión</i>	7
7.2 <i>Criterios de exclusión</i>	8
8. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN	8
8.1 <i>Resultados de la búsqueda</i>	9
9. INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS	10
10. EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS GUÍAS.	11
11. ADAPTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	19
11.1 <i>Descripción general de esta adaptación de guía de práctica clínica</i>	19

12. NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN.....	21
12.1 Niveles de evidencia para estudios de terapia por NICE**	22
12.2 Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE).....	22
12.3 Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence based Medicine (OCEBM) 2009*	23
12.4 “Journal of Obstetrics and Gynecology Canada” (JOGC, 2013).....	24
13. SÍMBOLOS EMPLEADOS EN LAS TABLAS DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES EN ESTA GUÍA:	24
13.1 ¿Cuál es la terminología empleada actualmente en las variaciones del sangrado menstrual?	25
13.2 ¿Cuáles son los patrones normales del sangrado menstrual?.....	29
13.3 ¿Cuál es la clasificación del sangrado uterino anormal según las causas?	31
13.4 ¿Cuáles son los puntos claves de la anamnesis y exploración física en una mujer con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?	33
13.5 ¿Cómo se puede estimar la cantidad del sangrado menstrual?	37
13.6 ¿Cuáles son los elementos diagnósticos que influyen en la toma de decisiones del personal médico que atiende mujeres con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?	39
13.7 ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que ha demostrado ser efectivo en el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?.....	44
13.8 ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrareferencia para el envío de pacientes con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?.....	55
14. CONCLUSIONES.....	56
15. RECOMENDACIONES.....	57
16. ANEXOS	57
17. GLOSARIO	100
18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	102

1. RESUMEN

El sangrado uterino anormal es la variación del ciclo menstrual normal e incluye cambios en la regularidad, frecuencia del ciclo y duración del flujo, o en la cantidad del sangrado menstrual. Es la causa más común de pérdida hemática en la mujer en edad reproductiva, lo que puede llevar a padecer anemia crónica, dolor pélvico e incapacidad, enfrentando de tal forma un problema médico debilitante que afecta de manera adversa la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo fue adaptar una guía de práctica clínica a nuestro medio, sobre sangrado uterino anormal de causa no anatómica en mujeres en edades entre 15 a 50 años, esta guía está dirigida a médicos que ofrecen sus cuidados en el primer nivel de atención; médicos generales, familiares, emergenciólogos, ginecólogos, para de esta forma contribuir en la disminución de la morbilidad causada por esta patología y que además, resulte de utilidad para el manejo y oportuna derivación a un nivel de atención correspondiente.

Para el desarrollo de este estudio se realizó la búsqueda de guías sobre sangrado uterino anormal en diferentes fuentes bibliográficas importantes por su nivel de evidencia científica, la búsqueda se basó en documentos de Guía de práctica clínica publicados dentro de los últimos 10 años ya sean estos redactados en inglés o español, en cuyo contenido se describen las bases para el diagnóstico, tratamiento en primer nivel de atención y referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad, utilizando como términos MESH: "Practice Guideline" "Practice Guidelines as Topic", "Uterine Hemorrhage", "Metrorrhagia", "Diagnosis", "Therapeutics", "Humans".

Con la estrategia de búsqueda mencionada se encontraron 141 documentos de los cuales 7 fueron guías de práctica clínica que fueron elegidos para la evaluación.

Se sometieron a estas 7 guías a calificación con el instrumento AGREE II; la guía Mexicana de Diagnóstico y Tratamiento del SANGRADO UTERINO ANORMAL de origen no anatómico obtuvo el mejor puntaje con un 92.9% en la evaluación global, el equipo en conjunto procedió a la adaptación de esta guía a la realidad del país, basándose en el documento "Guías de adaptación de guías de práctica clínica", utilizado por el Ministerio de salud pública del Ecuador.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is the variation of the normal menstrual cycle which includes changes in regularity, cycle frequency and duration of the flow, or in the amount of menstrual bleeding. It is the most common cause of blood loss in women in reproductive age, which can lead to chronic anemia, pelvic pain and disability, facing a debilitating medical problem that adversely affects the quality of life of the patient.

The aim of this study was to adapt a clinical practice guideline in our country about abnormal uterine bleeding with a non-anatomical cause in women between the ages of 15-50 years. This guide is intended for physicians who offer care at the first care level; General practitioners, family doctors, emergency doctors, gynecologists, in order to contribute to the reduction of the morbidity caused by this pathology and also to be a useful tool for management and timely referral to a corresponding level of care.

For the development of this study we searched for guidelines on abnormal uterine bleeding in different important bibliographic sources based on their level of scientific evidence, the search was based on documents from clinical practice guidelines published within the last 10 years, whether In English or Spanish, the content found describes the basis for diagnosis, treatment at the first level of care and timely reference to a more complex level, using as terms MESH: "Practice Guideline" "Practice Guidelines as Topic", "Uterine Hemorrhage ", "Metrorrhagia ", "Diagnosis ", "Therapeutics ", "Humans ".

With the aforementioned search strategy, 141 documents were found, of which 7 were clinical practice guidelines that were chosen for evaluation.

These 7 guidelines were subject to qualification with the AGREE II instrument; The Mexican guide for the diagnosis and treatment of abnormal uterine bleeding of non-anatomical origin obtained the best score with 92.9% in the overall evaluation, the team as a whole proceeded to adapt this guide to the reality of our country, based on the document " Guidelines for Adapting Clinical Practice Guidelines ", used by the Ministry of Public Health of Ecuador.

2. INTRODUCCIÓN

Se denomina al sangrado uterino anormal a la presencia de cambios en el ciclo menstrual habitual, los mismos que pueden deberse a alteraciones en: regularidad, frecuencia, duración y volumen del sangrado, presentándose de forma aguda o crónica y tomando en cuenta la etapa reproductiva que cursa la mujer. (Singh et al., 2013).

La duración de la menstruación normal es de dos a siete días con un promedio de cuatro. El intervalo menstrual normal tiene un rango de 25 a 35 días, con un promedio de 31. La cantidad normal de pérdida sanguínea se encuentra en un rango de 40 a 80ml con un promedio de 60ml, de ahí la importancia de conocer las características de la menstruación consideradas normales y tomarlas como marco de referencia, para así determinar si la paciente presenta menstruaciones normales o bien cursa con alteraciones en el patrón menstrual. (Rommy, 2012).

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente en la consulta médica diaria, sobre todo en la especialidad de ginecología, donde representa la segunda causa de morbilidad ya que tiene un impacto social y económico significativo, con la consecutiva repercusión sobre la calidad de vida de la mujer, (Singh et al., 2013), con una estimación de afectación de aproximadamente el 30% de la población femenina como se menciona en un estudio realizado en el 2006 en Estados Unidos. (Pérez Agudelo, 2007).

El SUA es producido por condiciones comunes que afectan del 14 al 25% de las mujeres en edad reproductiva y pueden tener un impacto significativo en su estado físico, social, emocional. En el Reino Unido, más de 800.000 mujeres buscan ayuda anualmente. Junto con el impacto directo sobre la mujer y su familia, hay costos significativos tanto para la economía como para el servicio de salud. Un estudio estadounidense informó pérdidas financieras de más de \$ 2000 por paciente por año por los gastos de ausencia laboral y de manejo del hogar. (Whitaker & Critchley, 2016).

Entre las mujeres en edad reproductiva, del 6 al 10% que padecen SUA tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica (ovarios poliquísticos) lo cual incluye trastornos del ciclo menstrual (Amenorrea/Oligomenorrea), hirsutismo y obesidad. (IGSS, 2013).

El sangrado uterino anormal es la causa más común de pérdida hemática en las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres con hemorragia pueden padecer anemia crónica, dolor pélvico e incapacidad, enfrentando de tal forma un problema médico debilitante que

afecta de manera adversa el estilo de vida, así como sus responsabilidades laborales y familiares, (Chavarría & Plascencia, 2013), lo que lleva a que en países desarrollados como Estados Unidos, se registren cerca de 20% de consultas ginecológicas, con un promedio de 600,000 histerectomías anuales por éste motivo, (Peralta Pedrero, 2015), y la realización de 100% de ablaciones endometriales. (Pérez Agudelo, 2007).

En el Ecuador se realizó en el 2010 un estudio descriptivo, retrospectivo, en el Hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, en el cual se encontró que el promedio de edad de las pacientes que presentaron sangrado uterino anormal fue de 46,5 años con predominio en el rango de edad de 46 - 50 años (38,10%). La gran mayoría de las pacientes (50,24%) pertenecían geográficamente al área urbano-marginal y la principal causa de histerectomía fue la miomatosis uterina con una frecuencia del 70,38%. (Indicaochea, 2011).

La frecuencia de las distintas causas del sangrado uterino anormal varía según la edad de la paciente, presentándose en el 50% en mujeres mayores de 45 años, 30% entre los 20 a 44 años, 19% en adolescentes y 1% en la premenarquia, de acuerdo a un estudio realizado en México en el año 2011. (Rommy, 2012).

En mujeres perimenopáusicas, la mayoría de las causas de sangrado uterino anormal están relacionadas con el cese de la ovulación y en menor grado con problemas asociados a cáncer e hiperplasia endometrial, datos que deben ser tomados en cuenta al momento de la realización de la historia clínica para la solicitud de los exámenes complementarios pertinentes. (Sanhueza & Oliva, 2008).

3. JUSTIFICACIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) junto con el dolor pélvico crónico y la secreción vaginal anormal son los motivos más frecuentes de consulta ginecológica, lo que representa un importante problema de salud pública ya que afecta sobre todo la calidad de vida de las mujeres que presentan esta patología. (Peralta Pedrero, 2015).

El sangrado uterino anormal se puede presentar en un alto porcentaje de la población femenina y depende no sólo del manejo ginecológico, ya que al estar involucradas diversas patologías, se requiere que su estudio y tratamiento sea multidisciplinario. Se estima que alrededor de 10 millones de mujeres sufren de hemorragia uterina y de ellas 6

millones buscan atención médica cada año, 1 de cada 20 mujeres de aproximadamente 30 años consulta a su médico general de forma anual por episodios de menstruaciones irregulares y/o abundantes, y, 1 de cada 5 pacientes son histerectomizadas por este motivo antes de los 60 años, sin embargo alrededor del 50% de estas mujeres que fueron sometidas a cirugía tuvieron úteros normales en el estudio histopatológico, lo cual revela el aumento en ciertas ocasiones innecesario de la tasa de procedimientos radicales, como lo es en este caso la histerectomía. (Peralta Pedrero, 2015).

En Ecuador existen pocas investigaciones sobre sangrado uterino anormal en los diferentes niveles de atención, y al momento, no se cuenta con una guía que oriente su manejo según las distintas clasificaciones o edades de presentación, por otra parte las guías internacionales sobre esta patología son de difícil implementación en el país, pues al ser un país en vías de desarrollo no se cuenta con medios diagnósticos sofisticados ni medicamentos suficientes para su manejo, por lo que ante la falta de respuesta de la paciente con los tratamientos existentes, el médico se ve en la necesidad de optar por tratamientos quirúrgicos, aumentando así las tasas de referencias hacia hospitales de mayor nivel, lo que incrementa en la práctica diaria las intervenciones radicales que en muchas ocasiones son innecesarias, saturando y mal empleando recursos en instituciones de salud de segundo y tercer nivel.

El resultado esperado con la adaptación de esta guía de práctica clínica es optimizar el diagnóstico temprano y usar de manera oportuna las diferentes opciones de tratamiento en mujeres entre 15 y 50 años que presentan sangrado uterino anormal no anatómico, además de realizar la referencia de la paciente en caso de ser necesario a un centro de mayor complejidad.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según la Biblioteca Virtual en Salud Ecuador 2016, actualmente no existe una guía de práctica clínica sobre el sangrado uterino anormal aplicable para nuestro país, lo cual dificulta el tratamiento y manejo biopsicosocial de la mujer que presenta esta condición.

4.1 Formulación de la pregunta clínica estructurada

¿En mujeres en edades entre 15 y 50 años que presentan sangrado uterino anormal de causa no anatómica, el diagnóstico temprano y el tratamiento farmacológico en el primer nivel de atención, mejora la efectividad, costo, y satisfacción de las pacientes?

P: Mujeres en edades entre 15 y 50 años que presentan sangrado uterino anormal de causa no anatómica,

I: Diagnóstico temprano y el tratamiento farmacológico en el primer nivel de atención,

O: efectividad, costo, satisfacción de las pacientes.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Adaptar una guía de práctica clínica a nuestro medio sobre sangrado uterino anormal en mujeres en edades comprendidas entre 15 a 50 años en el primer nivel de atención, que contribuya a disminuir la morbilidad causada por esta patología.

5.2 Objetivos Específicos:

- Establecer el diagnóstico en el primer nivel de atención a mujeres con sangrado uterino anormal.
- Proponer el tratamiento médico en mujeres con sangrado uterino anormal.
- Definir criterios para la referencia oportuna en mujeres con sangrado uterino anormal a un mayor nivel de atención.

6. BASES METODOLÓGICAS DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN.

6.1 Formulación de las preguntas clínicas de la GPC

Se definieron las preguntas clínicas de sangrado uterino anormal en base a las necesidades del país, teniendo en cuenta que es un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de la mujer. Para identificar los datos más apropiados se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y de esta forma se obtuvo las mejores recomendaciones basadas en la evidencia disponible.

Las siguientes preguntas clínicas fueron respondidas durante el proceso de redacción de esta adaptación de guía de práctica clínica, las mismas que sirvieron como punto de partida para la búsqueda de bibliografía, base del estudio.

¿Cuál es la terminología empleada actualmente en las variaciones del sangrado menstrual?

¿Cuáles son los patrones normales del sangrado menstrual?

¿Cuál es la clasificación del sangrado uterino anormal según las causas?

¿Cuáles son los puntos claves de la anamnesis y exploración física en una mujer con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

¿Cómo se puede estimar la cantidad del sangrado menstrual?

¿Cuáles son los elementos diagnósticos que influyen en la toma de decisiones del personal médico que atiende mujeres con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

¿Cuál es el tratamiento farmacológico que ha demostrado ser efectivo en el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

¿Cuáles son los criterios de referencia de las pacientes con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.1 Criterios de inclusión

Para la realización de este trabajo se incluyeron: las guías sobre sangrado uterino anormal en mujeres en edades entre 15 – 50 años, de los últimos 10 años en cuyo contenido se mencionaron las bases para el diagnóstico, tratamiento en el primer nivel

de atención, y referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad, escritos en idioma inglés y español.

7.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron las guías sobre sangrado uterino anormal dirigidas al manejo en mujeres que no se encuentran en el rango de edad de 15 a 50 años, que incluían problemas de amenorrea primaria o sangrado uterino postmenopáusico, con alguna patología anatómica, que requería tratamiento en segundo o tercer nivel de atención, guías que incluían el manejo de sangrado uterino por patología oncológica, o patologías de base sobreañadidas que requerían tratamiento multidisciplinario, pues no se beneficiarían de la atención en un centro de primer nivel, con solo tratamiento hormonal, además se excluyen las guías escritas en otro idioma que no sea inglés o español.

8. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN

Se utilizaron motores de búsqueda reconocidos por la calidad de sus guías de práctica clínica como fuentes de información, teniendo como base de datos BUSCADOR DE GPC - CENETEC, NATURAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, CMA INFOBASE, GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK(G-I-N), para de esta manera obtener todas las guías sobre sangrado uterino anormal de origen no anatómico en mujeres en edades entre 15 a 50 años.

El proceso se realizó revisando temas relacionados a diagnóstico y tratamiento de sangrado uterino anormal, con las características descritas en los criterios de inclusión y exclusión.

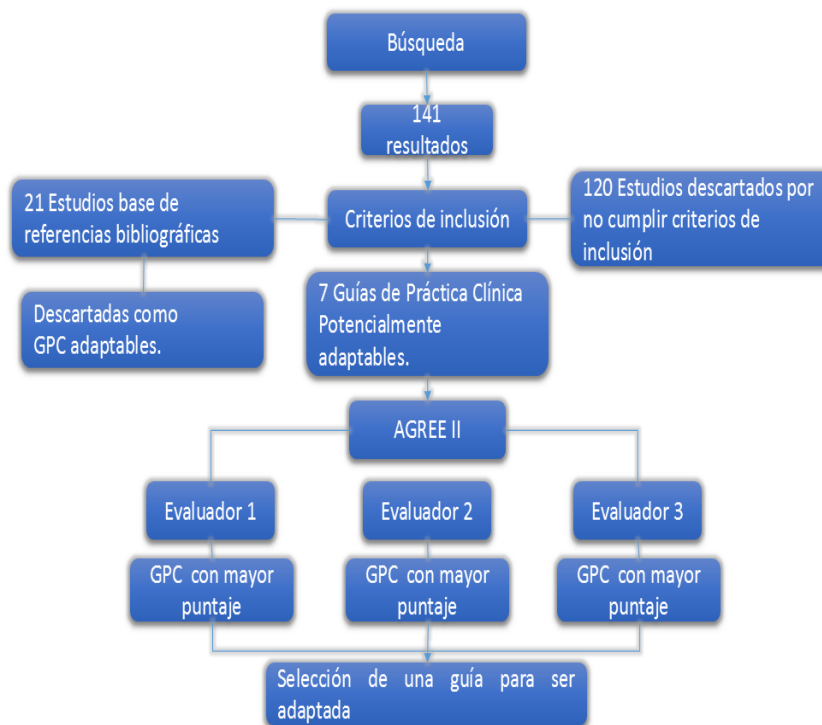
Se utilizaron los siguientes términos MESH.

- "Practice Guideline" [Publication Type]
- "Practice Guidelines as Topic"[Mesh]
- "Uterine Hemorrhage"[Mesh]
- "Metrorrhagia"[Mesh]
- "Diagnosis"[Mesh]

- "Therapeutics"[Mesh]
- "Humans"[Mesh]

8.1 Resultados de la búsqueda

Figura 1. Resultado de Búsqueda



Con la estrategia de búsqueda mencionada se encontraron 141 resultados de los cuales 120 fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión, se utilizaron 21 documentos como fuente bibliográfica; además se encontraron 7 guías de práctica clínica que presentaron las características solicitadas para cumplir con los objetivos de este documento y que provea la mejor información para la adaptación de una guía de práctica clínica que mejor se acople a la realidad del país.

A continuación se describen las guías encontradas para la adaptación base del estudio.

- Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women.(ACOG, 2014)
- Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013)
- ACR Appropriateness Criteria® abnormal vaginal bleeding. (Bennett et al., 2011)

- Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy: A Southern California Permanente Medical Group Practice Guideline Malcolm. (Munro, 2013)
- Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. (Singh et al., 2013)
- Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional. (IGSS, 2013)
- Diagnóstico y Tratamiento del SANGRADO UTERINO ANORMAL de origen no anatómico. (Peralta Pedrero, 2015).

9. INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS

Las guías elegidas según los criterios de inclusión y exclusión fueron evaluadas de manera independiente por tres investigadores responsables de la adaptación de la guía, utilizando el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation), que es una herramienta diseñada para evaluar el rigor metodológico, la transparencia y calidad de cada una de ellas. (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

El AGREE II (anexo 1) consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de evaluación global. Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la guía. (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

Dominio 1. Alcance y Objetivo: alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana. (ítems 1-3).

Dominio 2. Participación de los implicados: se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada. (ítems 4-6).

Dominio 3. Rigor en la Elaboración: hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas. (ítems 7-14).

Dominio 4. Claridad de la Presentación: tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía. (ítems 15-17).

Dominio 5. Aplicabilidad: hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos. (ítems 18-21).

Dominio 6. Independencia editorial: tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses. (ítems 22-23).

La Evaluación global: incluye una puntuación de la calidad general de la guía. (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

Cada uno de los criterios del AGREE II están graduados en una escala de 7 puntos (desde el 1 «Muy en desacuerdo» hasta el 7 «Muy de acuerdo»). (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

La puntuación se asigna dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información. La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se aborden más consideraciones. (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

Para obtener las puntuaciones de los dominios se calcula sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ése dominio. (Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, 2009).

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}}$$

Al final de la evaluación se pretende obtener la guía con mejor puntuación para que pueda ser adaptada a las necesidades del país.

10. EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS GUÍAS.

Luego de ser identificadas las guías que cumplían con los criterios de búsqueda ya descritos, se procedió a la evaluación de estas mediante el empleo del instrumento AGREE II, mismas que fueron analizadas por los tres evaluadores que conformaron el equipo de investigación. El método de realización y calificación de las guías se describe en el Anexo 2.

Los resultados de la evaluación global de las guías se muestran reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS POR DOMINIOS

PUNTAJE ESTANDARIZADO

Dominio 1. Alcance y Objetivo	USA ACO G 2012	USA ACO G 2013	USA ACR 2014	USA MUNR O 2013	CANAD A	GUATEMA LA	MEXIC O
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).							
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	92,5 %	98,1 %	93,0 %	94,4%	100,0%	96,2%	98,1%
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.							
Dominio 2. Participación de los implicados							
4. El grupo que desarrolla	79,6	96,2	77,7	87,0%	94,4%	83,3%	94,4%

la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	%	%	%				
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).							
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.							
Dominio 3. Rigor en la elaboración							
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.							
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.							
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	72,9 %	78,4 %	65,4 %	88,8%	87,5%	45,1%	93,7%
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.							
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los							

beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.							
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.							
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.							
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.							
Dominio 4. Claridad de la presentación							
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.							
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	96,2 %	96,2 %	66,6 %	77,7%	100,0%	87,0%	96,2%
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.							
Dominio 5. Aplicabilidad							

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.							
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	48,6 %	37,5 %	47,2 %	55,5%	44,4%	33,3%	75,0%
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.							
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.							
Dominio 6. Independencia editorial							
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.							
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	0,0%	0,0%	16,6 %	16,6%	67,0%	83,3%	100,0%

Mediante el análisis de los puntajes estandarizados obtenidos por la valoración de dominios se evidenció que en el dominio 1 (alcance y objetivo) la guía canadiense obtuvo el 100% de la puntuación, el dominio dos (Participación de los implicados) fue mejor puntuado para la guía estadounidense del ACOG 2013 con un 96,2%; el dominio 3 (Rigor en la elaboración) la guía Mexicana obtuvo el 93.7%; el dominio 4 (Claridad de la presentación) el 100% fue para la guía canadiense, los dominios 5 (Aplicabilidad) y 6 (independencia editorial) se otorgó la mayor calificación para la guía Mexicana con un 75% y 100% respectivamente.

Tabla 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA MEXICANA
Peralta Pedrero, M. L. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino
anormal de origen no anatómico.

DOMINIOS		CALIFICACIÓN POR DOMINIO	PROMEDIO TOTAL
Dominio 1. Alcance y Objetivo	1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	98.1%	92.9%
	2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).		
	3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.		
Dominio 2. Participación de los implicados	4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	94.4%	
	5. Se han tenido en cuenta los		

	<p>puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).</p> <p>6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.</p>	
Dominio 3. Rigor en la elaboración	<p>7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.</p> <p>8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.</p> <p>9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.</p> <p>10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.</p> <p>11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.</p> <p>12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.</p> <p>13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.</p> <p>14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.</p>	93.7%
Dominio 4. Claridad	15. Las recomendaciones son	96.2%

de la presentación	<p>específicas y no son ambiguas.</p> <p>16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.</p> <p>17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.</p>		
<p>Dominio 5.</p> <p>Aplicabilidad</p>	<p>18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.</p> <p>19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.</p> <p>20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.</p> <p>21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.</p>	75%	
<p>Dominio 6.</p> <p>Independencia editorial</p>	<p>22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.</p> <p>23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.</p>	100%	

Esta guía se destacó en la calificación de los seis dominios: Alcance y objetivos (98.1%), Participación de los implicados (94,4%), Rigor en la elaboración (93,7%), Claridad en la

presentación (96,2%), Aplicabilidad (75%), Independencia editorial (100%), alcanzando el mayor promedio en puntuación global con un 92.9% en comparación con las otras guías de práctica clínica sometidas a evaluación.

Con los resultados de la evaluación, se concluyó que la guía: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ORIGEN NO ANATÓMICO de México obtuvo los puntajes más altos, además esclarece y da la información más próxima para contestar las preguntas propuestas en esta guía, por lo que luego de un análisis de las necesidades del país entre los evaluadores se propone que ésta es la mejor guía disponible para su adaptación.

Hay que resaltar que se usaron como referencia bibliográfica ciertas recomendaciones expuestas en otras guías que obtuvieron menor puntaje de calificación, sin embargo la evidencia expuesta en dicha información sirvió para complementar a la guía principal.

10.1 Evaluación y síntesis de la evidencia científica

Una vez realizada la calificación de las guías de práctica clínica con el instrumento AGREE II, se seleccionó la guía con mayor puntuación para posteriormente realizar la adaptación de la misma, para lo cual se utilizaron los niveles de evidencia científica de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, US Agency for Health- Care Research and Quality) y la clasificación de las recomendaciones propuesta por la Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) de esta manera se utilizaron los estándares y términos de uso global en cuanto a interpretación de guías de práctica clínica.

11. ADAPTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La siguiente adaptación de guía de práctica clínica provee información acerca del diagnóstico y opciones de manejo para el sangrado uterino anormal no anatómico en mujeres en edades entre 15 y 50 años, manejadas en el primer nivel de atención.

11.1 Descripción general de esta adaptación de guía de práctica clínica

CLASIFICACIÓN DE LA	CIE 10: N93 Hemorragia uterina anormal.
----------------------------	---

ENFERMEDAD	
CATEGORÍA DE GPC	Diagnóstico y tratamiento.
USUARIOS POTENCIALES	Médicos que ofrecen sus cuidados en el primer nivel de atención; médicos generales, familiares, emergenciólogos, ginecólogos.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Participantes: Docentes, estudiantes.
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres en edades comprendidas entre 15 y 50 años que presenten sangrado uterino anormal de origen no anatómico.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO PATROCINADOR	Independiente.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Diagnóstico clínico y tratamiento en el primer nivel de atención.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico y tratamiento adecuado. Referencia oportuna. Satisfacción y mejora en la calidad de vida de las pacientes.
METODOLOGÍA	Definición y enfoque de guía de práctica clínica. Formulación de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas.

		<p>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores.</p> <p>Número de Fuentes documentales revisadas: 7 Guías seleccionadas: 1</p> <p>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia.</p> <p>Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías.</p> <p>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional.</p>
MÉTODO DE VALIDACIÓN		Validación del protocolo de búsqueda y GPC para adaptación.
CONFLICTO DE INTERÉS		No existe conflicto de interés por parte de los autores y colaboradores.
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN		Catálogos de GPC Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

12. NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN

La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Se cita a continuación los formatos de evidencia y recomendación que serán utilizados en esta adaptación de guía de práctica clínica. Las evidencias y recomendaciones

provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una.

12.1 Niveles de evidencia para estudios de terapia por NICE**

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos*.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-contróles, o estudios de cohortes o de casos-contróles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-contróles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
* Los estudios con un nivel de evidencia '-' no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación	
Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network	

(Marzo & Viana, 2007). *Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas*, 7(1:6), 1–14.

12.2 Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)

A	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o • Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados • Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	<ul style="list-style-type: none"> • Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o • Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o • Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia nivel 3 o 4, o • Extrapolación de estudios calificados como 2+ o • Consenso formal
D (BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía
IP	Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE

(Marzo & Viana, 2007). *Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas*, 7(1:6), 1–14.

12.3 Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence based Medicine (OCEBM) 2009*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
A	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
C	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"

Adaptado de (Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, 2009)
Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence

12.4 “Journal of Obstetrics and Gynecology Canada” (JOGC, 2013)

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.
		I	La evidencia es insuficiente (en calidad o cantidad) para hacer recomendaciones; sin embargo otros factores pueden influenciar la toma de decisión.

*La calidad de la evidencia reportada en esta guía ha sido adaptada de la Evaluación de los Criterios de la Evidencia descritos en “Canadian Task Force on Preventive Care”



**Las recomendaciones incluidas en esta guía han sido adaptadas de la clasificación de las recomendaciones de los criterios descritos en la “Canadian Task Force on Preventive Care”



13. SÍMBOLOS EMPLEADOS EN LAS TABLAS DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES EN ESTA GUÍA:


EVIDENCIA	
RECOMENDACIÓN	

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
-------------------------	---

13.1 ¿Cuál es la terminología empleada actualmente en las variaciones del sangrado menstrual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La estandarización universal de la terminología es primordial para entender las características asociadas con el sangrado menstrual como lo son: regularidad, frecuencia, volumen y duración.	III Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño FIGO Classification system(Palm- Coein), 2011
	El sangrado uterino anormal se define como una variación del ciclo menstrual e incluye cambios en la regularidad y frecuencia del ciclo, duración del flujo y/o cambios en la cantidad del flujo menstrual perdido.	5 Oxford estudios de tratamiento, prevención

		etiología y daño Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013
	<p>Bajo la categoría de Sangrado Uterino Anormal (SUA) algunas definiciones más pueden ser establecidas basadas en las alteraciones: en el volumen de la menstruación, regularidad, frecuencia, duración, cronicidad y tiempo relacionado de acuerdo a la edad reproductiva. Los sangrados no relacionados al ciclo menstrual también pueden ser caracterizados. En el año 2007 el Grupo de Trabajo del comité internacional de expertos en Desórdenes Menstruales FIGO estandarizó el uso de la terminología en sangrado uterino anormal.</p> <p>(Ver cuadro 1).</p>	<p>III</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</p> <p>5</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño</p> <p>FIGO Classification system(Palm— Coein), 2011</p>
	<p>Las consecuencias del sangrado determinan el grado de intervención que requiere.</p>	<p>II 2</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>

	<p>Se sugiere la utilización de la terminología estandarizada internacional para la hemorragia uterina anormal.</p>	<p>III C Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>
---	---	---

Cuadro 1. Definiciones y términos utilizados en el Sangrado Uterino Anormal

Característica	Terminología	Descripción
Volumen	Abundante	Sangrado menstrual que interfiere con el estado físico, emocional, social y calidad de vida de la mujer, que puede ocurrir sólo o con síntomas asociados mayor a 80 ml por ciclo
	Normal	Sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo
	Escaso	Sangrado menstrual menor a 5 ml por ciclo.
Regularidad del ciclo menstrual (ciclo a ciclo)	Irregular	Rango de variación que excede 20 días con un periodo de referencia de 90 días.
	Regular	Variación normal de + 2 a 20 días.
	Ausencia menstrual	No sangrado en un periodo de 90 días.

Frecuencia Menstrual	Sangrado Menstrual Infrecuente	Intervalos de sangrado >38 días (1 o 2 episodios en un periodo de 90 días)
	Sangrado menstrual normal	Intervalos de sangrado de 24 a 38 días
	Sangrado menstrual frecuente	Intervalos de sangrado de <24 días (Más de 4 episodios de sangrado en un periodo de 90 días)
Duración	Sangrado menstrual prolongado	Describe una pérdida de sangrado menstrual que excede 8 días de duración
	Sangrado menstrual normal	Describe una pérdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días
	Sangrado menstrual corto	Describe una pérdida de sangrado menstrual de menos de 3 días de duración
Sangrado no menstrual Irregular	Sangrado Intermenstrual	Episodio irregular de sangrado que puede ser ligero o corto que ocurre entre ciclo y ciclo menstrual
	Sangrado Postcoital	Sangrado que ocurre posterior al coito
	Manchado Premenstrual o postmenstrual (spotting)	Sangrado que puede ocurrir regularmente días previos o posteriores al ciclo menstrual.



Sangrado fuera de edad reproductiva	Sangrado Postmenopáusico	Sangrado que ocurre un año después de la menopausia.
	Menstruación Precoz	Sangrado que ocurre antes de los 9 años
Hemorragia Uterina Anormal Aguda o Crónica	Aguda	Un episodio de hemorragia en mujeres en edad reproductiva, sin embarazo, de suficiente cantidad para requerir intervenciones inmediatas para prevenir pérdidas sanguíneas mayores.
	Crónica	Sangrado que es en duración, volumen y/o frecuencia anormal y que ha estado presente en los últimos 6 meses.

Fuente: J Obstet Gynaecol Can 2013;35(5eSuppl):S1-S28

13.2 ¿Cuáles son los patrones normales del sangrado menstrual?

Los ciclos menstruales normales varían de mujer a mujer tanto en frecuencia, duración y cantidad de flujo. Sin embargo, cuando se establecen los ciclos menstruales, tienden a permanecer relativamente constantes a lo largo de los años reproductivos. Los ciclos tienden a ser más irregulares durante los 5 primeros años después de la menarquia y 5 años antes de la menopausia.(Barnes, 2016)


EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
----------------------------------	----------------------

	<p>Se indica las siguientes definiciones:</p> <p>Duración normal del sangrado menstrual. Describe una pérdida del sangrado menstrual de 3 a 8 días.</p> <p>Ciclo regular se presenta con una variación normal de ciclo a ciclo de + 2 a 20 días.</p> <p>Cantidad normal es el sangrado menstrual entre 5 a 80ml por ciclo.</p> <p>Frecuencia menstrual normal es la presencia de intervalos de sangrado de 24 a 38 días.</p>	<p>III</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p> <p>5</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guidelines disfuncional uterine bleeding.</p>
	<p>Es importante conocer las características de la menstruación que se consideran normales y tomarlas como referencia, para determinar si la paciente se encuentra con menstruaciones normales o bien con alteraciones del patrón normal. A todas las pacientes se debe interrogar su historial menstrual considerando todas las variantes, ya que dentro de los patrones normales de la menstruación existen variaciones individuales consideradas como habituales para cada paciente.</p>	<p>II – 2B</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013.</p> <p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007.</p>

13.3 ¿Cuál es la clasificación del sangrado uterino anormal según las causas?

Al existir variaciones de criterios en la definición de las diversa etiologías del sangrado uterino anormal, algunas de las cuales pueden coexistir en la misma mujer, la FIGO ha aprobado un nuevo sistema de clasificación (PALM-COEIN), para definir la causa del Sangrado Uterino Anormal no relacionado con el embarazo. La clasificación PALM se refiere a causas estructurales, mientras que COEIN hace referencia a otros disturbios médicos. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013).

El término "Sangrado uterino disfuncional", que se lo utilizaba cuando no existía una causa estructural para el SUA, ha sido descartado. Las mujeres que se ajustan a esta descripción deben, en realidad, catalogarse de acuerdo con la clasificación de la FIGO, en una combinación de las tres etiologías siguientes: Coagulopatía (AUB-C), trastorno de la ovulación (AUB-O), o Trastorno endometrial (AUB-E). (Khrouf & Terras, 2014).

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La clasificación actual propuesta por la FIGO 2011 conocida como PALM corresponde a sangrado uterino anormal de origen anatómico.	III C Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013. 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. FIGO, Clasification system (PALM- COEIN), 2011



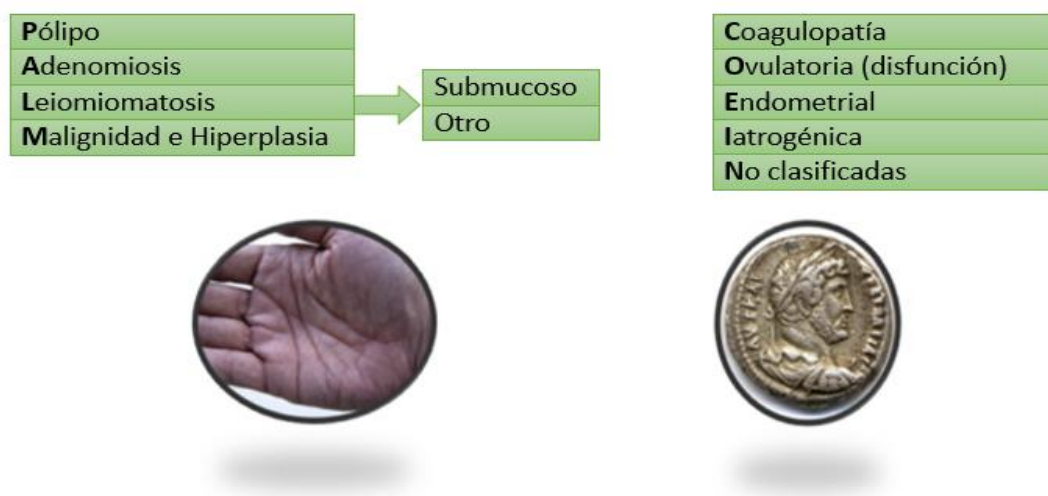

	<p>Los componentes del grupo COEIN corresponden a sangrado uterino anormal de origen no anatómico.</p>	<p>III C</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013.</p> <p>5</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>FIGO, Clasification system (PALM-COEIN), 2011</p>
	<p>Se recomienda el uso del sistema de clasificación estandarizado propuesto por la FIGO para la identificación de las causas de sangrado uterino anormal.</p> <p>(IMAGEN 1)</p>	<p>III C</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013.</p> <p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>FIGO, Clasification system (PALM-COEIN), 2011</p>



Imagen 1: Sistema de clasificación de causas del sangrado uterino anormal (PALM COEIN).









Munro. FIGO classification system for causes of AUB. Fertil Steril 2011.


13.4 ¿Cuáles son los puntos claves de la anamnesis y exploración física en una mujer con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El sangrado uterino anormal de causa ovulatoria es usualmente regular y se puede asociar a síntomas premenstruales y dismenorrea.	III C Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013.
	El sangrado de origen anovulatorio es más común en las adolescentes y premenopáusicas, se caracteriza por ser irregular, prolongado y abundante.	5 Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. NICE Heavy

		menstrual bleeding, 2007
	<p>Una lista de medicamentos que incluyen fármacos y remedios naturales puede interferir con la ovulación y de esta forma estar asociados a hemorragia uterina anormal. Entre ellos se encuentran:</p> <p>Anticoagulantes</p> <p>Antidepresivos</p> <p>Anticonceptivos hormonales</p> <p>Tamoxifeno</p> <p>Antipsicóticos</p> <p>Corticosteroides</p> <p>Fitofármacos</p> <p>Uso de dispositivos intrauterinos</p>	<p>2c</p> <p>Oxford pronóstico e historia natural</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013.</p>
	<p>Para realizar el diagnóstico clínico de sangrado uterino anormal es necesario documentar el interrogatorio sobre patrón menstrual que refiere la paciente, siendo necesario realizar exploración física enfocándose a:</p> <p>Síntomas relacionados que pueden orientar a anomalías anatómicas o histológicas.</p> <p>Impacto en la calidad de vida.</p> <p>Alrededor del 35% al 60% de las mujeres con anovulación crónica y Síndrome de Ovario Poliquístico son obesas. (Bradley & Gueye, 2016).</p> <p>Presencia de enfermedades concomitantes.</p>	<p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>



	Descartar embarazo.	
	<p>Interrogar y documentar:</p> <p>Síntomas sugestivos de anemia.</p> <p>Historia sexual y reproductiva.</p> <p>Impacto social y calidad de vida.</p> <p>Síntomas sugestivos de causas sistémicas de sangrado, (hipotiroidismo, hiperprolactinemia, desórdenes de coagulación, síndrome de ovario poliquístico, desórdenes adrenales o hipotalámicos, diabetes mellitus mal controlada). (Sweet, Schmidt-Dalton, & Weiss, 2012).</p> <p>Síntomas asociados como descarga vaginal, dolor pélvico crónico o sensación de opresión pélvica.</p> <p>Tratamientos farmacológicos (anticoagulantes, anticonceptivos hormonales) o utilización de dispositivos intrauterinos.</p> <p>Descartar embarazo.</p>	<p>III C</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p> <p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>
	<p>La exploración física debe incluir</p> <p>Signos vitales.</p> <p>Peso y talla para valorar estado nutricional.</p> <p>Examen tiroideo.</p> <p>Examen de la piel (distribución de vello, acné, acantosis, petequias).</p> <p>Examen abdominal (descartar tumoraciones abdominales, hepatoesplenomegalia).</p>	<p>III C</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p> <p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento,</p>




		<p>prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>
	<p>La exploración ginecológica debe incluir Inspección de vagina, vulva, ano, uretra y en caso de tener vida sexual cérvix.</p> <p>Examen bimanual de útero y anexos (ya sea con tacto vaginal y abdominal en mujeres con vida sexual o rectal en núbiles).</p> <p>Descartar presencia de gestación.</p>	<p>2C</p> <p>Oxford pronóstico e historia natural.</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p> <p>C</p> <p>COMEGO, 2010</p>
	<p>Aproximadamente entre 6 y 10% de las mujeres con hemorragia uterina anormal entre los 19 y 39 años tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica.</p>	<p>III</p> <p>COMEGO 2010</p>
	<p>En toda paciente con sangrado uterino anormal se debe determinar la presencia de obesidad, datos de hiperandrogenismo e hipotiroidismo.</p>	<p>C</p> <p>COMEGO 2010</p>
	<p>La incidencia de cáncer endometrial en las mujeres de 40 a 49 años es de 36,2 por 100000. Por lo que las pacientes de esta edad con hemorragia uterina anormal deberán someterse a una evaluación adecuada del endometrio.</p>	<p>IV</p> <p>COMEGO 2010</p>

	<p>En mujeres mayores a 40 años en las que se ha descartado causas orgánicas y que persisten con sangrado se sugiere descartar patología maligna endometrial.</p>	<p>D COMEGO 2010</p>
---	---	--------------------------


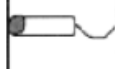
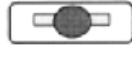

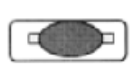





13.5 ¿Cómo se puede estimar la cantidad del sangrado menstrual?

En la práctica clínica, lo que resulta de utilidad es la información por parte de la mujer de la cantidad del sangrado. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Existen métodos directos, indirectos y subjetivos para calcular el volumen de la pérdida hemática durante la menstruación.</p> <p>Los métodos subjetivos como la anamnesis puede orientar el diagnóstico de hemorragia uterina, sin embargo la percepción de la paciente puede no corresponder a la realidad.</p>	<p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>
	<p>Existen métodos indirectos como el de Higham, el cual otorga una puntuación de acuerdo al número de toallas sanitarias, tampones o si la paciente refiere la presencia de coágulos. Con un punto de corte de 100 tiene sensibilidad de 86% y una especificidad de 89% para el diagnóstico de sangrado uterino anormal.</p> <p>(Ver cuadro 2)</p>	<p>1c Oxford pronóstico e historia natural Matteson KA, 2009 3b Oxford diagnóstico Fraser S, 2001</p>


	<p>En promedio un tampón absorbe 5ml y una toalla higiénica absorbe 15ml</p>	<p>2 Oxford, diagnóstico Perez L, 2007</p>
	<p>En 2001 se desarrolló una escala de medición de pérdida menstrual a través de una carta pictórica menstrual que asocia los productos higiénicos femeninos con la cantidad en ml de pérdida, teniendo una sensibilidad del 86% y especificidad del 88% para el diagnóstico de hemorragia.</p>	<p>3b Oxford, pronóstico e historia natural Wyatt, 2001</p>
	<p>Se sugiere instruir a las pacientes para realizar un calendario menstrual cuantificando el sangrado a través del número de dispositivos vaginales empleados, que sirva de utilidad para la identificación de hemorragia uterina anormal, considerando las variaciones del sangrado secundarias a los eventos obstétricos.</p>	<p>B Oxford, pronóstico e historia natural Wyatt, 2001</p>




Cuadro 2. Cuantificación Subjetiva Del Sangrado Uterino Anormal



Apósito Sanitario	Tipo	Escala (ml de Sangrado)	Tampón Sanitario	Tipo	Escala (ml de Sangrado)
	Regular	1		Regular	0.5
	Nocturno	1		Super	1
				Super Plus	1
	Regular	2		Regular	1
	Nocturno	3		Super	1.5
				Super Plus	2
	Regular	3		Regular	1.5
	Nocturno	6		Super	3
				Super Plus	6
	Regular	4		Regular	4
	Nocturno	10		Super	8
				Super Plus	12
	Regular	5			
	Nocturno	15			

Fuente: Fertility and Sterility. (Wyatt, Dimmock, Walker, & O'Brien, 2001)

13.6 ¿Cuáles son los elementos diagnósticos que influyen en la toma de decisiones del personal médico que atiende mujeres con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
EXÁMENES DE LABORATORIO		
	A medida que se incrementa el sangrado uterino puede existir disminución de eritrocitos y/o hemoglobina, el 19% de pacientes con hemorragia presentaron desórdenes de coagulación.	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.
	El diagnosticar y tratar oportunamente el	NICE Heavy

	déficit de hierro es imprescindible, debido a que su deficiencia puede causar sintomatología que imposibilite a la mujer a realizar su actividad habitual. (Palacios, 2011).	menstrual bleeding, 2007
	Se recomienda realizar biometría hemática, pruebas de trastorno de la coagulación en mujeres que tienen menstruación abundante desde la menarca; o con una historia familiar o personal sugestiva de trastornos de la coagulación. (NICE, 2007)	D Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. NICE Heavy menstrual bleeding, 2007 II 2 C A Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	Realizar pruebas de función tiroidea; solo si existen hallazgos sugestivos de enfermedad tiroidea.	II 2 D Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	La hemorragia uterina anormal de origen anovulatorio resulta de una disfunción hipotalámica y se diagnostica por niveles bajos de FSH y LH elevada.	IV COMEGO 2010

	<p>Solicitar niveles de FSH, LH y prolactina en pacientes que se sospeche anovulación crónica como causa de sangrado uterino anormal.</p>	<p>II 2 D Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>
	<p>Las pruebas de coagulación están recomendadas en pacientes con alteraciones de sangrado que inició desde la menarca y de difícil control o por antecedentes familiares de alteraciones en la coagulación.</p>	<p>II 2 B Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013 B Oxford diagnóstico Perez L, 2007</p>

Estudios de gabinete

Técnicas de imagen

La prueba inicial para la valoración uterina en la evaluación del Sangrado Uterino Anormal es la ecografía transvaginal, mediante este estudio se puede valorar el grosor del endometrio en busca de signos que se relacionen con el riesgo de cáncer endometrial. (Sanhueza & Oliva, 2008)

Si las imágenes ecográficas transvaginales no son adecuadas al momento de definir un diagnóstico o es necesaria la evaluación adicional de la cavidad uterina se recomienda realizar una sonohisterografía o histeroscopia, (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

La resonancia magnética no es una técnica de imagen principal en el estudio del SUA. En las adolescentes, la ecografía transabdominal (pélvica) puede ser más apropiado que la


ecografía transvaginal para su evaluación. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).


Histología



Persigue descartar la presencia de un tumor maligno como causa del SUA. (Sociedad Española de Ginecología 2014).

Si es apropiado, se debe tomar una biopsia para excluir el cáncer de endometrio o hiperplasia atípica. Las indicaciones para una biopsia incluyen, sangrado intermenstrual de larga data, mujeres de 45 años o más y fracaso del tratamiento o tratamiento farmacológico ineficaz. (NICE, 2007)


En una reciente revisión sistemática realizada por Banderín y colaboradores se demostró que el riesgo de debutar con cáncer o hiperplasia endometrial atípica en mujeres premenopáusicas con sangrado uterino anormal es muy baja (1,31%), y rara vez se requiere una biopsia. Indicaron que el tratamiento médico debe ser la primera opción para estas mujeres. (Giannella & Paganelli, 2017)



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El ultrasonido transvaginal es útil para el diagnóstico de lesiones estructurales focales ya que detecta alteraciones en mujeres premenopáusicas hasta en 97% de los casos.	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. NICE Heavy menstrual bleeding, 2007
	El rango de sensibilidad de US transvaginal para identificar anomalías uterinas se encuentra en 80 a 96% y su especificidad es de 68 a 90%.	4 ACR Guideline appropriateness criteria anormal vaginal bleeding



		<p>2010</p> <p>I-A</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>
	<p>El US es la primera elección de métodos diagnósticos en pacientes con sangrado uterino para identificar anormalidades estructurales.</p>	<p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p> <p>4</p> <p>ACR Guideline appropriateness criteria anormal vaginal bleeding 2010</p> <p>I-A</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>




	<p>Los estudios de imagen e histopatológicos están indicados si hay datos o sospecha de alteraciones anatómicas.</p>	<p>I-A</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p> <p>A</p> <p>Oxford diagnóstico Perez L, 2007</p>
	<p>Está justificado la solicitud del ultrasonido en mujeres con sangrado uterino cuando:</p> <p>Útero palpable abdominal.</p> <p>En el examen vaginal se detecta masa palpable de origen incierto.</p> <p>Falla de tratamiento farmacológico.</p>	<p>D</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>



13.7 ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que ha demostrado ser efectivo en el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
Tratamiento no hormonal		
	<p>El tratamiento médico debe ser considerado como primera línea terapéutica en sangrado uterino anormal</p>	<p>2c</p> <p>Oxford estudios de tratamiento,</p>



	de causa no anatómica, una vez que se haya descartado malignidad o patología pélvica.	prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	El sangrado uterino anormal de causa no anatómica responde adecuadamente al tratamiento farmacológico, contando con las siguientes opciones: Antiinflamatorios no esteroideos. Antifibrinolíticos – ácido tranexámico. Anticonceptivos hormonales ya sean orales, intrauterinos, al igual que progestágenos como el acetato de medroxiprogesterona. Danazol.	I A Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	Se sugiere el uso de AINES como tratamiento inicial en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico regular y no abundante.	I A Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal



		women. 2013
	<p>El ácido mefenámico, naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco y ácido acetilsalicílico han demostrado ser efectivos para el control del sangrado uterino anormal de causa no anatómica. Estos demostraron mayor efectividad para reducir el sangrado uterino en comparación al uso de progestina en fase lútea.</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>Una revisión sistemática de eficacia de AINES mostró superioridad en reducción del sangrado en comparación a tratamientos hormonales, sin embargo no superaron al Danazol o al ácido tranexámico.</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>




	<p>Es conveniente la terapia con AINES en pacientes para tratarse de primera vez y casos no severos preferentemente antes de usar hormonales, éstos deben usarse 3 a 5 días previos al inicio del ciclo menstrual y continuarse 3 a 5 días posterior al inicio del sangrado.</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>
	<p>La utilización de AINES deberá ser retirada si no se observa mejoría dentro de los tres primeros ciclos de tratamiento, y si no hay respuesta en los tres primeros ciclos se deberá pasar a otro tratamiento farmacológico.</p>	<p>A</p> <p>NICE estudios de terapia</p> <p>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</p>
	<p>Otorgar el tratamiento para corrección de enfermedades concomitantes, como hipotiroidismo, anemia, antes del manejo hormonal.</p>	<p>I A</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre</p>



		menopausal women. 2013
Tratamiento hormonal		
	La hemorragia uterina anormal de origen no anatómico abundante e irregular es tratada efectivamente con opciones hormonales para lograr regular los ciclos menstruales y disminuir los episodios de sangrado, con uso de anticonceptivos hormonales combinados, progestinas, o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).	2C Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	La disminución del sangrado y la dismenorrea es del 40 al 50% con el uso de anticonceptivos orales, parches y/o anillos vaginales en forma tradicional.	2C Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal



		women. 2013
	Los anticonceptivos orales combinados son útiles para regular los ciclos y frenar el crecimiento endometrial hasta producir hipomenorreas a los 6 meses de su uso. En las adolescentes son utilizadas microdosis.	2 Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Perez L, 2007
	Los anticonceptivos orales combinados son buena opción para el control de la hemorragia uterina, siendo de elección las microdosis en las adolescentes, en caso de no respuesta pensar en el uso de combinación de AINES u otras alternativas farmacológicas.	B Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Perez L, 2007
	Las progestinas cíclicas tomadas durante 12 a 14 días han sido utilizadas, sin embargo no han sido superiores al uso de progestágenos de depósito o a AINES, ya que el 50% de las mujeres con ciclos irregulares anovulatorios mejoran la regularidad menstrual, con el beneficio de protección endometrial por oposición a estrógenos.	2C Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013 B


		<p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Perez L, 2007</p>
	<p>En caso de estar indicadas las progestinas es recomendable indicarse de 2 a 10mg por día a partir del día 14 del ciclo durante 10 días.</p>	<p>B</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>La medroxiprogesterona de depósito es utilizada en la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico por suprimir la esteroidogénesis ovárica y reducir el grosor endometrial mediado por estrógenos. Su eficacia se debe por causar amenorrea hasta por 1 año en más del 50% de las pacientes.</p> <p>La media del cese del sangrado fue de 2,6 días. (Ammerman & Nelson, 2013).</p>	<p>2c</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>

	<p>Se debe tener presente los efectos adversos que incluyen turgencia mamaria, ganancia de peso, cambios de ánimo, manchado intermenstrual y osteopenia.</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>
	<p>Cuando se decida el uso de medroxiprogesterona de depósito debe indicarse dosis de 150mg cada 2 meses por un periodo de 3 ciclos considerando los efectos secundarios.</p>	<p>B</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013</p>

	<p>El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel reduce en 86% a tres meses y 97% a los 12 meses el sangrado menstrual, ya que libera 20ug de levonorgestrel directamente sobre la cavidad endometrial por día induciendo atrofia endometrial. (Billow & El-Nashar, 2016)</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>La colocación del dispositivo liberador de levonorgestrel debe ser realizada por personal médico capacitado, bajo consentimiento informado de la paciente, con revisión al mes de la inserción y cita subsecuente cada 6 meses.</p>	<p>B</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>El Danazol es un esteroide sintético que suprime los receptores endometriales de estrógeno-progesterona, así como el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, produciendo atrofia endometrial, lo cual reduce la</p>	<p>2C</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención,</p>

	<p>cantidad de pérdida sanguínea en mujeres con sangrado uterino de causa no anatómica hasta en 80% y ocasiona amenorrea en 20% de los casos, sin embargo presenta efectos adversos con gran frecuencia.</p>	<p>etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>El Danazol está indicado en caso de fallas a otros tratamientos debido a sus efectos secundarios.</p>	<p>B</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
	<p>Los GnRh debe ser limitado a escenarios en los cuales otros tratamientos médicos o quirúrgicos están contraindicados, no estando recomendado su uso continuo mayor de 6 meses.</p>	<p>B</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC</p> <p>Abnormal uterine bleeding</p>


		in pre menopausal women. 2013
	Informar a las pacientes que requieren uso de GnRh de los efectos secundarios que presentarán.	B Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013
	El levonorgestrel en sistema intrauterino ha mostrado menores eventos trombóticos en pacientes con riesgo. Este en mujeres con vida sexual iniciada ha mostrado ser más eficaz que los AINES y anticonceptivos hormonales en la población que no desee embarazo.	2C Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño. Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. 2013

	<p>El levonorgestrel en sistema intrauterino se recomienda en pacientes con alto riesgo de trombosis.</p>	<p>I A</p> <p>Oxford estudios de tratamiento, prevención, etiología y daño.</p> <p>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. 2013</p>
---	---	--


13.8 ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrareferencia para el envío de pacientes con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?

Criterios de Referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p>Serán referidas de primer a segundo nivel de atención con historia clínica y exploración física completa que incluya exploración ginecológica, biometría hemática completa, prueba inmunológica de embarazo, ultrasonido pélvico y resultado de papanicolau:</p> <p>1. Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico que han recibido terapia médica no hormonal sin respuesta en mínimo 3 ciclos.</p> <p>2. Pacientes con hemorragia uterina anormal</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>de origen no anatómico que persistan con episodios de sangrado en quienes se han corregido causas posibles de hemorragia.</p> <p>3. Pacientes con sospecha clínica de patología androgénica o tiroidea.</p> <p>4. Pacientes con sospecha de coagulopatía.</p> <p>5. Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico desde la menarca.</p>	
---	--	--

Criterios de Contra-referencia

	<p>El envío de pacientes tratadas con resolución de su problema benigno de hemorragia uterina anormal de origen no anatómico deben ser enviadas a 1er nivel de atención médica con plan de vigilancia a futuro.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
--	---	--------------------------------

14. CONCLUSIONES

Se realizó una búsqueda exhaustiva y sistematizada en las bases de datos reconocidas internacionalmente por su calidad de evidencia, de los cuales se encontraron 7 guías de práctica clínica que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, luego de realizar la calificación de las mismas con el instrumento AGREE II se eligió la guía con mayor puntaje y que responda las preguntas clínicas planteadas para la realización de la adaptación de la práctica clínica, que en este caso es la GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ORIGEN ANATOMICO elaborada en MEXICO.

Esta guía se destacó en la calificación de los seis dominios: Alcance y objetivos (98.1%), Participación de los implicados (94,4%), Rigor en la elaboración (93,7%), Claridad en la presentación (96,2%), Aplicabilidad (75%), Independencia editorial (100%), alcanzando el

mayor promedio en puntuación global con un 92.9% en comparación con las otras guías de práctica clínica sometidas a evaluación.

Sin embargo se utilizaron además otras guías cuyas puntuaciones similares sirvieron como fuente bibliográfica, de esta forma, se realiza la adaptación de esta guía para mejorar la morbilidad causada por esta patología en el país.

15. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que esta adaptación guía de práctica clínica sea incluida en la biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para que pueda ser consultada por los médicos a quienes está dirigida.
- Se recomienda la valoración para posible adaptación de esta guía a las necesidades del país por parte del ministerio de salud pública, para que pueda ser usada como una guía oficial de manejo para esta patología.

16. ANEXOS

Anexo 1

Instrumento AGREE II

Dominio 1

Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Dominio 2

Dominio 2. Participación de los implicados			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Dominio

3

Dominio 3. Rigor en la elaboración			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Dominio 4

Dominio 4. Claridad de la presentación			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Dominio 5

Dominio 5. Aplicabilidad			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Dominio 6

Dominio 6. Independencia editorial			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.		NINGUNA	Para más detalles dar click aquí

Anexo 2

Calificación de guías seleccionadas para esta adaptación.

Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women.

Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. ACOG 2012						
Dominio	1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA
1.	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	92,5%
2.	El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n)	5	7	7	19	

específicamente descrito(s).					
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	7	7	19	
				59	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	5	7	7	19	
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	6	7	1	14	79,6%
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	5	7	7	19	
				52	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	5	7	7	19	
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	4	7	7	18	72,9%

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	1	6	7	14	
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	5	7	7	19	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	5	7	6	18	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	7	4	18	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	2	6	13	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	4	5	10	
				129	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son	6	7	7	20	96,2%

ambiguas.					
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	7	7	20	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	7	7	21	
				61	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	2	7	5	14	48,6%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	3	5	7	15	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1	5	3	9	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	7	1	9	
				47	

Dominio 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1	1	1	3	0%
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1	1	1	3	
				6	

Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction.

Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. ACOG 2013						
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	98,1%	

2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	7	7	20	
				62	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	7	7	20	96,2%
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	6	7	7	20	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	7	21	
				61	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	6	7	7	20	78,4%
8. Los criterios para	6	7	7	20	

seleccionar la evidencia se describen con claridad.					
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	5	7	7	19	
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	4	7	6	17	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	6	7	20	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	1	7	15	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	7	2	14	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	7	4	12	
				137	
Dominio 4. Claridad de la presentación					

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	7	7	20	96,2%
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	7	7	20	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	7	7	21	
				61	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	5	7	17	37,5%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	2	4	5	11	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1	2	5	8	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	1	1	3	

				39	
Dominio 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1	1	1	3	0%
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1	1	1	3	
				6	

ACR Appropriateness Criteria® abnormal vaginal bleeding.

ACR Appropriateness Criteria® abnormal vaginal bleeding. ACR 2014						
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	6	7	7	20	93%	
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n)	5	7	7	19		

específicamente descrito(s).					
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	7	7	20	
				59	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	4	3	6	13	
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	4	7	7	18	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	7	7	20	
				51	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	6	7	7	20	
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	7	6	19	

77,7%

65,4%

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	3	4	4	11	
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	6	5	6	17	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	5	5	6	16	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	7	7	20	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	2	4	11	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	2	2	5	
				119	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son	5	5	6	16	66,6%

ambiguas.					
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	4	5	5	14	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	5	5	5	15	
				45	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	2	6	6	14	47,2%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	1	5	3	9	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	2	5	6	13	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	7	2	10	
				46	

Dominio 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1	7	1	9	16,6%
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1	1	1	3	
				12	

Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy:

Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy						
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	5	7	7	19	94,4%	
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	6	7	7	20		

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	7	7	21	
				60	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	4	6	6	16	87%
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	6	7	7	20	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	7	7	20	
				56	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	7	7	21	88,8%
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	7	7	21	
9. Las fortalezas y	5	7	7	19	

limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.					
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	7	6	20	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	7	7	21	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	7	7	21	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	4	5	6	15	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	7	6	14	
				152	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	4	6	16	77,7%

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	5	6	17	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	5	6	18	
				51	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	6	6	17	55,5%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	4	5	6	15	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1	7	3	11	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	7	1	9	
				52	
Dominio 6. Independencia					

editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1	1	1	3	16,6%
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1	7	1	9	
				12	

Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women.

Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women						
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	100%	
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21		

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	7	7	21	
				63	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	7	6	19	94,4%
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	6	7	7	20	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	7	21	
				60	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	7	7	21	87,5%
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	7	7	20	
9. Las fortalezas y	5	7	6	18	

limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.					
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	7	7	21	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	7	7	21	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	6	7	20	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	7	4	18	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	2	7	2	11	
				150	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	7	7	21	100%

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	7	7	21	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	7	7	21	
				63	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	6	6	17	44,4%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7	7	7	21	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1	1	1	3	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	1	1	3	
				44	
Dominio 6. Independencia					

editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	7	1	15	67%
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	1	7	15	
				30	

Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional.

Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional.						
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA	
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	96,2%	
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21		
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se	5	7	7	19		

pretende aplicar la guía está específicamente descrita.					
				61	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	5	6	18	83,3%
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	5	5	6	16	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	6	20	
				54	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	6	4	6	16	45,1%
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	1	7	5	13	
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están	1	4	5	10	

claramente descritas.					
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	6	2	5	13	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	2	2	2	6	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	2	3	2	7	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	7	7	21	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1	1	1	3	
				89	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	5	7	6	18	87%
16. Las distintas opciones para el manejo de la	6	7	7	20	

enfermedad o condición de salud se presentan claramente.					
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	5	7	6	18	
				56	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	1	2	1	4	33.3%
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	3	4	4	11	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1	4	3	8	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1	7	5	13	
				36	
Dominio 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la	7	1	7	15	83,3%

entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.					
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	7	7	21	
				36	

Diagnóstico y Tratamiento del SANGRADO UTERINO ANORMAL de origen no anatómico.

Diagnóstico y Tratamiento del SANGRADO UTERINO ANORMAL de origen no anatómico.						
Dominio	1. Alcance y Objetivo	CALIFICACION (E1)	CALIFICACION (E2)	CALIFICACION (E3)	TOTAL	PUNTUACION ESTANDARIZADA
1.	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	98,1%
2.	El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	21	
3.	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está	6	7	7	20	

específicamente descrita.					
				62	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	6	7	19	94,4%
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	6	7	7	20	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	7	21	
				60	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	7	7	21	93,7%
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	6	7	20	
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	6	6	18	

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	7	7	21	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	7	7	21	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	7	7	21	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	5	6	17	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	7	7	20	
				159	
Dominio 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	7	7	20	96,2%
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de	6	7	7	20	

salud se presentan claramente.					
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	7	7	21	
				61	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	1	2	2	5	
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	7	7	20	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	7	7	20	75%
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	7	7	21	
				66	
Dominio 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han	7	7	7	21	100%

influido en el contenido de la guía.					
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	7	7	21	
				42	

ANEXO 3

Medicamentos avalados por esta GPC

Los medicamentos mencionados en esta adaptación de guía e indicados en el tratamiento de Sangrado Uterino Anormal, han sido tomados del Cuadro Básico de medicamentos del MSP del Ecuador y de la Dirección nacional de medicamentos e insumos estratégicos del Ecuador. (Consejo Nacional de Salud, 2014).

15.3.1 DIU-LNG (Levonorgestrel)

ATC	G03AC03SIL428X0 Medicamento Fuera del CNMB autorizado por el MSP para: - Hospital "José Carrasco Arteaga, IESS"
Indicación avalada en esta Guía.	Sangrado uterino anormal.
Forma farmacéutica y Concentración.	Dispositivo de plástico intrauterino 52 microgramos en el dispositivo.
Dosis	Aplicación única (20 microgramos/día)

	12 meses como mínimo.
Precauciones	<p>Se debe considerar la retirada del sistema en caso de existencia o aparición por primera vez de alguna de las siguientes situaciones:</p> <p>Migraña, migraña focal con pérdida asimétrica de visión u otras alteraciones que indiquen isquemia cerebral transitoria.</p> <p>Cefaleas de intensidad excepcionalmente grave.</p> <p>Ictericia.</p> <p>Marcado incremento de la presión sanguínea.</p> <p>Enfermedades arteriales graves tales como ictus o infarto de miocardio.</p> <p>Tromboembolismo venoso agudo.</p>
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad al fármaco y a los progestágenos, enfermedad tromboembólica, cáncer mamario, insuficiencia hepática, hemorragias gastrointestinales, diabetes mellitus, migraña, enfermedad cardíaca, asma y trastornos convulsivos, embarazo o sospecha del mismo; enfermedad inflamatoria pélvica actual o recurrente; Cervicitis; Infección del tracto genital inferior; endometritis postparto; aborto séptico en los últimos tres meses; displasia cervical; tumor maligno uterino o cervical; hemorragias uterinas</p>

	anormales no diagnosticadas; anomalías uterinas congénitas o adquiridas, como miomas si estos deforman la cavidad uterina; Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
Efectos adversos	Hemorragia irregular, mastalgia, acné, cefalea, náusea, vómito, edema, ictericia e hiperglucemia.
Interacciones	Rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiacepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo.
Uso en el embarazo	Contraindicado en caso de embarazo o sospecha del mismo.
Uso en la lactancia	<p>Durante la lactancia se transfiere aproximadamente el 0,1% de la dosis de levonorgestrel.</p> <p>No parecen existir efectos deletéreos sobre el crecimiento y desarrollo infantil.</p>

15.3.2 Ácido tranexámico

ATC	B02AA02
Indicación avalada en esta Guía.	Sangrado Uterino Anormal
Forma farmacéutica y Concentración.	Tabletas 500 mg
Dosis	1gr c/6-8h (los primeros cuatro días del

	ciclo menstrual, durante tres ciclos)
Precauciones	<p>Se debe utilizar con precaución pacientes con hemorragia subaracnoidea.</p> <p>Los factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica deberán ser investigados antes de la utilización del ácido tranexámico.</p> <p>Se deberá administrar con cuidado en pacientes tratados con anticonceptivos orales debido al riesgo incrementado de trombosis.</p> <p>No deberá ser administrado en pacientes con una historia de convulsión.</p>
Contraindicaciones	Riesgo de trombosis.
Efectos adversos	<p>Ocasionales: náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, cefalea, mareos, tinitus, erupciones exantemáticas, congestión nasal, conjuntivitis.</p> <p>Raras: trombosis, si la inyección IV es rápida puede originar hipotensión.</p>
Interacciones	<p>Estrógenos: puede aumentar su toxicidad y la formación de trombos.</p> <p>Complejo coagulante inhibidor o complejo de factor IX: puede aumentar el riesgo de complicaciones trombóticas (se aconseja un intervalo de 8 h, mínimo entre la administración de ambos fármacos).</p>

	Clorpromazina: potenciación propiedades simpaticomiméticas con manifestaciones de vasospasmo e isquemia cerebral, reducción del flujo sanguíneo cerebral, después de su administración concomitante en tratamiento de hemorragia subaracnoidea.
Uso en el embarazo	Atraviesa la placenta. No obstante, no se han realizado estudios controlados ni adecuados en humanos.
Uso en la lactancia	Se excreta en bajas cantidades por la leche materna.

15.3.3 Acetato de medroxiprogesterona

ATC	G03AC06
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal
Forma farmacéutica y Concentración	Ampolla 150mg Tabletas 10mg
Dosis	Ampolla de 150mg IM cada doce semanas por seis a doce meses. Tableta de 10 mg a partir del día quinto del ciclo, hasta el día veinte y uno, por seis a doce meses.
Precauciones	Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática. El uso de medroxiprogesterona, como anticonceptivo de larga acción, deberá limitarse a no más de 2 años de uso

	continuo.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada.
Efectos adversos	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual.
Interacciones	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.
Uso en el embarazo	Absolutamente contraindicada durante el embarazo confirmado o sospechado.
Uso en la lactancia	Puede ser utilizada sin problemas durante la lactancia

15.3.4 Meloxicam

ATC	M01AC06
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal
Forma farmacéutica y Concentración	Tableta 15 mg
Dosis	15 mg cada 24 horas. Máximo 3 ciclos
Precauciones	Se debe utilizar con precaución en pacientes con asma que muestran un mayor riesgo de hipersensibilidad a la aspirina (tríada de Samter). Debe ser prescrito con suma

	precaución en aquellos pacientes que tengan historia de úlceras, perforaciones o hemorragias digestivas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco y al ácido acetilsalicílico, irritación gastrointestinal, úlcera péptica.
Efectos adversos	Reacción de hipersensibilidad, diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito y flatulencia. Puede producir sangrado por erosión, ulceración y perforación en la mucosa gastrointestinal.
Interacciones	Disminuye el efecto antihipertensivo de inhibidores de la ECA y betabloqueadores. Con colestiramina disminuye su absorción. Con otros AINEs aumentan los efectos adversos. Puede aumentar los efectos de los anticoagulantes y metotrexato. Con diuréticos puede producir Insuficiencia renal
Uso en el embarazo	Contraindicado
Uso en la lactancia	No se recomienda su uso durante la lactancia

15.3.5 Naproxeno

ATC	M01AE02
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal

Forma farmacéutica y Concentración	Tabletas 250 mg por máximo tres ciclos
Dosis	250 mg c/ 6-8 horas por 3 – 5 días máximo tres ciclos
Precauciones	Valorar riesgo/beneficio en: HTA, ICC, enf. coronaria establecida, arteriopatía periférica y/o enfermedades cerebrovascular, valorar también en tratamiento de larga duración con factores de riesgo cardiovascular conocidos (HTA, hiperlipidemia, diabetes mellitus, fumadores).
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
Efectos adversos	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.
Interacciones	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.
Uso en el embarazo	No recomendado en el 1º y 2º trimestre de embarazo a menos que sea absolutamente necesario. Contraindicado 3 ^{er} trimestre de

	embarazo, por cierre prematuro del ductus arteriosus, aumento del riesgo de hemorragia materno-fetal y posible disminución de la contractilidad uterina.
Uso en la lactancia	No se recomienda su uso durante la lactancia.

15.3.6 Diclofenaco

ATC	M01AB05
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal
Forma farmacéutica y Concentración	Sólido oral 50 mg
Dosis	100mg cada 12 horas por 3-5 días máximo por 3 ciclos.
Precauciones	Valorar riesgo/beneficio en: HTA, ICC, enf. coronaria establecida, arteriopatía periférica y/o enfermedades cerebrovascular, valorar también en tratamiento de larga duración con factores de riesgo cardiovascular conocidos (HTA, hiperlipidemia, diabetes mellitus, fumadores).
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
Efectos adversos	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad

	cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos.
Interacciones	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.
Uso en el embarazo	No recomendado en el 1º y 2º trimestre de embarazo a menos que sea absolutamente necesario. Contraindicado 3º trimestre de embarazo, por cierre prematuro del ductus arteriosus, aumento del riesgo de hemorragia materno-fetal y posible disminución de la contractilidad uterina.
Uso en la lactancia	No se recomienda su uso durante la lactancia.

15.3.7 Noretisterona / etinilestradiol

ATC	G03AB04
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal
Forma farmacéutica y Concentración	Ampolla de 1 ml
Dosis	5 mg de Valerato de Estradiol + 50 mg de Enantato de Noretisterona, Una ampolla IM mensual durante 3 meses y revalorar.

Precauciones	<p>Se debe suspender o no aplicar, en presencia o antecedentes de episodios trombóticos/tromboembólicos arteriales o venosos, o de un accidente cerebrovascular. Presencia o antecedentes de pródromos de trombosis (p. ej., ataque isquémico transitorio, angina de pecho). Antecedentes de migraña con síntomas neurológicos focales. Diabetes mellitus con compromiso vascular. Presencia o antecedentes de tumores hepáticos (benignos o malignos). Neoplasias conocidas o sospechadas, influidas por los esteroides sexuales (p. ej., de los órganos genitales o de las mamas). Hemorragia vaginal sin diagnosticar. Embarazo conocido o sospecha del mismo.</p>
Contraindicaciones	<p>Cáncer genital, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, en mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.</p>
Efectos adversos	<p>Aumento de peso, acné hirsutismo, edema.</p>
Interacciones	<p>La rifampicina, ampicilina, tetraciclinas, cloranfenicol, benzodiacepinas y fenobarbital, disminuyen su efecto anticonceptivo.</p>

Uso en el embarazo	Contraindicada
Uso en la lactancia	Se recomienda su empleo a los 6 meses post parto

15.3.8 Danazol

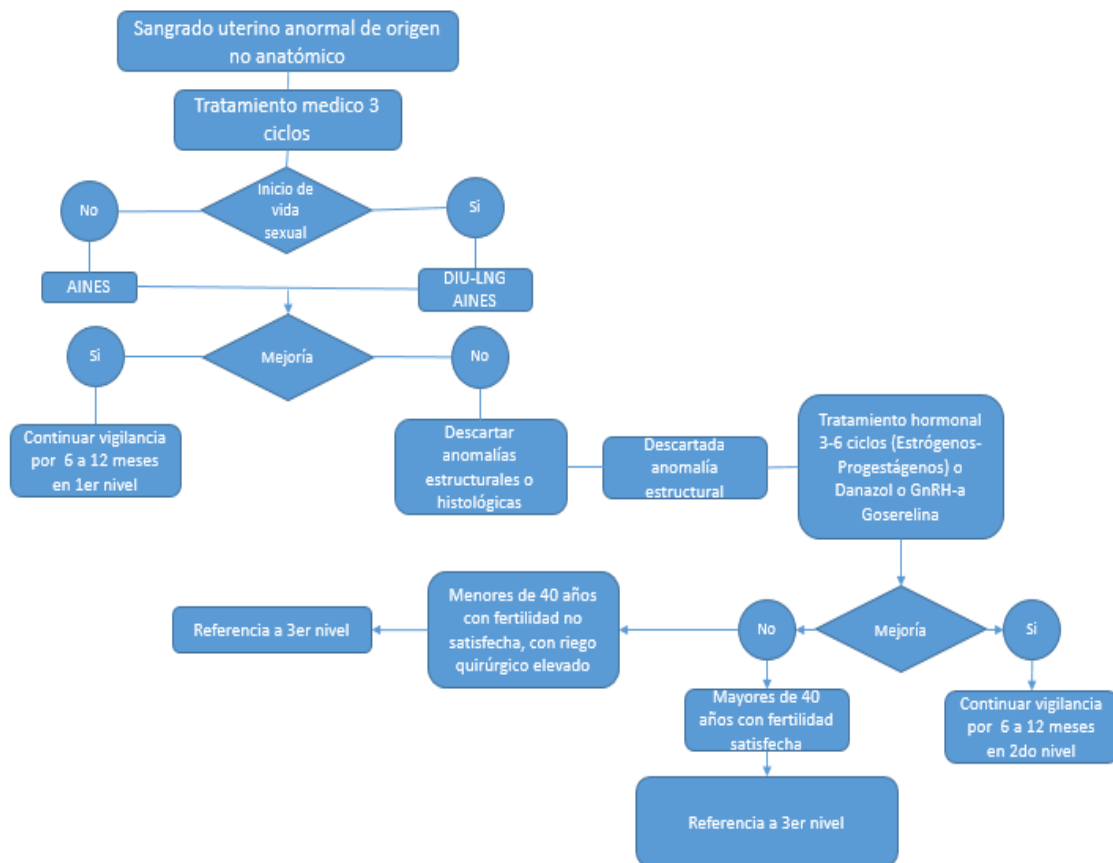
ATC	G03XA01
Indicación avalada en esta Guía	Sangrado uterino anormal
Forma farmacéutica y Concentración	Tabletas de 100mg
Dosis	100 – 200 mg por día, por tres meses
Precauciones	El danazol debe usarse con precaución en pacientes con epilepsia, cefaleas migrañosas, enfermedad cardíaca, o enfermedad renal ya que el fármaco puede inducir una retención de fluidos que puede exacerbar estas condiciones.
Contraindicaciones	El danazol no debe ser utilizado en pacientes con enfermedad cardíaca o renal grave, hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, cardíaca y renal, tumor dependiente de andrógenos.
Efectos adversos	Acné, edema hirsutismo leve, piel o cabello graso, aumento de peso,

	síndrome climatérico, cambio de voz, disminución de tamaño de mamas.
Interacciones	<p>Con warfarina prolonga el tiempo de protrombina.</p> <p>Puede aumentar los requerimientos de Insulina en pacientes diabéticos. Puede aumentar la concentración de carbamazepina.</p>
Uso en el embarazo	Contraindicado
Uso en la lactancia	contraindicado en mujeres que están en periodo de lactancia

ANEXO 4

Diagrama de Flujo

Algoritmo. Manejo del Sangrado Uterino Anormal



17. GLOSARIO

- **Análogos de la Hormona liberadora de Gonadotropinas:** Péptido sintético con acción similar a la GnRh hipotalámica, pero con una vida media biológica más prolongada, aproximadamente al 10º día tiene un efecto hipogonadal profundo, el cual es reversible. Suprime la producción de FSH, Y LH no se desarrollan los folículos, no hay producción de estrógenos, no ovulación ni producción de progesterona y consecuentemente no hay menstruación.

- **Anticonceptivos orales combinados(ACO):** Contienen estrógenos y progesterona en combinación, la mayoría son monofásicos, correspondiendo a la misma dosis a lo largo de 21 días de tratamiento, actúan sobre el eje hipotálamo hipófisis suprimiendo la ovulación y la fertilidad. Posterior a los 21 días de tratamiento siguen 7 días de descanso, durante los cuales existe el desprendimiento endometrial.

- **Antiinflamatorios no esteroideos (Aines):** Agentes que reducen la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición de la ciclo-oxigenasa.
- **Ciclo anovulatorio:** Es el ciclo menstrual en el cual no ocurre la ovulación.
- **Danazol:** Esteroide androgénico sistémico, con actividad antiestrogénico y antiprogestacional, inhibe la producción de gonadotropinas hipofisiarias ocasionando anovulación y tiene un efecto antiproliferativo a nivel endometrial.
- **DIU-LNG:** Método anticonceptivo intrauterino de liberación prolongada de progesterona programado para 5 años de uso, que libera una dosis diaria de 20 microgramos de Levonogestrel, con sus efectos previene la proliferación endometrial, espesa el moco cervical, suprime la ovulación.
- **Estrógenos:** Hormonas esteroides de 18 átomos de carbono que se producen principalmente en el ovario y en menor proporción en otros tejidos. Los principales son: estradiol, estrona y estriol. En la mujer postmenopáusica predomina la estrona, cuya formación ocurre en tejidos periféricos a partir de andrógenos ováricos y suprarrenales.
- **Sangrado uterino anormal:** Trastornos menstruales manifestados en la duración, cantidad e intervalo, así como la presencia de sangrados intermenstruales secundarios a alteraciones anatómicas uterinas u ovulatorias.
- **Premenopausia:** Período fisiológico que precede a la menopausia. En la mujer premenopausica, la transición climática desde la madurez sexual plena al cese del ciclo ovárico se produce entre finales de los treinta años y comienzo de los cincuenta, durante el cual tiene lugar la regresión de la función ovárica, hasta la menopausia, suspensión permanente del ciclo menstrual.
- **Menstruación:** Pérdida mensual de sangre transvaginal como consecuencia del desprendimiento del endometrio que ha sufrido efectos hormonales cíclicos.
- **Progestinas:** Hormona sintéticas con efectos similares a progesterona.

Siglas o abreviaturas:

ACO: ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

DHEA: DEHIDROEPIANDROSTENEDIONA

DHEA-S: DEHIDROEPIANDROSTENEDIONA SULFATO

DIU-LNG: SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

COMEGO: COLEGIO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ECA: ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO

SUA: SANGRADO UTERINO ANORMAL

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ACOG. (2014). Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Aged Women. *Practice Bulletin*, 128, 1–11.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated With Ovulatory Dysfunction. Practice Bulletin No. 136. *Obstetrics & Gynecology*, 122(2, PART 1), 406–416. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000433006.09219.f1>
- Ammerman, S. R., & Nelson, A. L. (2013). A new progestogen-only medical therapy for outpatient management of acute, abnormal uterine bleeding: a pilot study. *YMOB*, 208, 499.e1-499.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.013>
- Barnes, R. B. (2016). Abnormal Uterine Bleeding. *Clinical Gynecology*, 2016(15), 91–98. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-06691-7.50013-3>
- Bennett, G. L., Andreotti, R. F., Lee, S. I., DeJesus Allison, S. O., Brown, D. L., Dubinsky, T., ... Zelop, C. M. (2011). ACR Appropriateness Criteria ® on Abnormal Vaginal Bleeding. *Jacr*, 8(7), 460–468. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2011.03.011>
- Billow, M. R., & El-Nashar, S. A. (2016). Management of Abnormal Uterine Bleeding with Emphasis on Alternatives to Hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(3), 415–430. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.04.002>
- Bradley, L. D., & Gueye, N. A. (2016). The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), 31–44. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.044>
- Brouwers, Melissa. Browman, GP. Burgers, J. (2009). INSTRUMENTO AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de práctica clínica. *Health (San Francisco)*, 56.

- Chavarría, V., & Plascencia, J. (2013). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL. *COMEGO*.
- Consejo Nacional de Salud. (2014). Medicamentos Básicos y Registro Terapéutico, 894. Retrieved from <http://es.slideshare.net/marcovinicioroblesaguilar/cuadro-nacional-de-medicamentos-basicos-y-registro-terapeutico-9na-revisin-2014-ecuadormspconasa>
- Flóres, I., & Montoya, D. C. (2011). Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II, *40*(3), 563–576.
- Giannella, L., & Paganelli, S. (2017). Letter to the Editors Abnormal uterine bleeding in premenopausal women and the role of body mass index. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.012>
- IGSS. (2013). Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional, (43), 102.
- Indacochea, R. (2011). *CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL: HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2010*.
- Khrouf, M., & Terras, K. (2014). Diagnosis and Management of Formerly Called Dysfunctional Uterine Bleeding According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, *64*(6), 388–393. <https://doi.org/10.1007/s13224-014-0641-1>
- Marzo, M., & Viana, C. (2007). Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *Guías Clínicas*, *7*(1:6), 1–14.
- Munro, M. G. (2013). Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. *The Permanente Journal*, *17*(3), 43–56. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-018>
- NICE. (2007). Heavy menstrual bleeding: assessment and management, (January 2007).
- Palacios, S. (2011). The management of iron deficiency in menometrorrhagia. *Gynecological Endocrinology*, *27*(SUPPL. 1), 1126–1130. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.636916>
- Peralta Pedrero, M. L. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico., 66.

- Pérez Agudelo, L. E. (2007). Hemorragia Uterina Anormal: Enfoque Basado En Evidencias. Revisión Sistemática. *Rev. Med REVISTA*, 15(1), 68–79.
- Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, D. M. (2009). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence. *Verfügbar Unter: Http://www. ...*, (March 2009), 2001. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.08556.x>
- Rommy, F. (2012). DEL NACIONAL Hemorragia uterina anormal orgánica Abnormal organic uterine bleeding. *Rev. Nacional*, 4(2), 15–22.
- Sanhueza, P., & Oliva, L. (2008). Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. *Revista Chilena de Obstetricia Y ...*, 73(1), 58–62. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262008000100010>
- Singh, S., Best, C., Dunn, S., Leyland, N., Wolfman, W. L., Clinical Practice – Gynaecology Committee, ... Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2013). Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal D'obstétrique et Gynécologie Du Canada : JOGC*, 35(5), 473–9. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.09.006>
- Sociedad Española de Ginecología y, O. (2014). Diagnóstico y tratamiento del sangrado menstrual excesivo en la adolescencia (actualizado en febrero del 2013) Diagnosis and treatment of excessive menstrual bleeding in adolescence (updated February 2013). *Prog. Obstet. Ginecol. (Ed. Impr.)*, 57(xx), 486–492.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Heavy menstrual bleeding (HMB) (updated 2013). *Progresos de Obstetricia Y Ginecología*, 56(10), 535–546.
- Sweet, M. G., Schmidt-Dalton, T. A., & Weiss, P. M. (2012). Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women, 85(1). Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2012/0101/p35.pdf>
- Whitaker, L., & Critchley, H. O. D. (2016). Abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 34, 54–65. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012>
- Wyatt, K. M., Dimmock, P. W., Walker, T. J., & O'Brien, P. M. S. (2001). Determination of total menstrual blood loss. *Fertility and Sterility*, 76(1), 125–131. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)01847-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(01)01847-7)